

## 事業所番号確定届

年 月 日

枠内の「■お客様情報」をご記入の上、FAXにてお送りください。  
後ほど、正規の認証番号をお送りいたします。

**■ お客様情報**

事業所番号

---

介護予防・日常生活支援  
総合事業事業所番号

---

社名、団体名 \_\_\_\_\_

---

事業所名 \_\_\_\_\_

---

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

---

TEL \_\_\_\_\_

---

FAX \_\_\_\_\_

---

E-mail \_\_\_\_\_

---

ご担当者 \_\_\_\_\_

**受付FAX番号： 044-959-5886**


**株式会社ビーシステム**  
 〒215-0021 神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-2  
 小田急新百合ヶ丘ビル 4階  
 TEL 044-959-5885

ビーシステム使用欄				
受付	顧客情報	DB	オンライン	送付